

高槻市若年がん患者在宅療養生活支援助成事業にかかる意見書

ふりがな			
氏名		生年月日	年 月 日
住所			
病名			
特記事項			
<p>上記の者はがん患者であり、一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったものと考えられ、在宅療養生活への支援及び介護が必要であると判断できる。</p> <p>(判断年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日)</p> <p>高槻市長 あて</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p> <p style="text-align: right;">医師名 _____ 印 _____</p> <p style="text-align: right;">(自署の場合は押印不要)</p>			